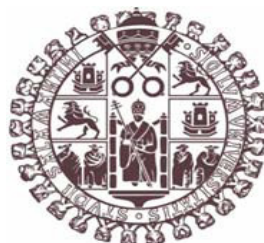


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



Escuela de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

**“Caídas en el anciano en la comunidad:
relación con la dependencia funcional para
las ABVD. Estudio en la consulta de
enfermería de Atención Primaria”**

M^a del Carmen Álvarez Martín

Tutora: Dña. Pilar González Bárez

18 de Enero de 2012

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	5
3.1. Diseño.....	5
3.2. Población.....	5
3.3. Fuentes de información	5
3.4. Variables	5
4. RESULTADOS.....	7
5. DISCUSIÓN	9
6. BIBLIOGRAFÍA	14
7. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....	16

1. RESUMEN

Existen numerosos estudios sobre el carácter multifactorial de las caídas, pero no se ha encontrado bibliografía que las relacione con la valoración de las ABVD. En este trabajo se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se relacionan las caídas con la valoración funcional para las ABVD en 104 pacientes no inmovilizados del Centro de Salud “Garrido Norte”. También se han recogido otros datos como incidencia, distribución por sexo, lugar donde se produjeron y lesiones resultantes. Y por último se han seleccionado las intervenciones enfermeras, basadas en evidencia científica demostrada, indicadas en la prevención de este tipo de accidentes.

El hogar aparece como el lugar donde se caen los ancianos, con una diferencia respecto a la calle, mucho menor que en otros estudios. El otro dato significativo encontrado es la relación directa de las caídas y el grado de dependencia funcional, especialmente frecuentes en la moderada, el 70,27% de los mayores que se han caído tienen esta valoración.

A la luz de los resultados del estudio cabe aconsejar dos intervenciones:

Proponer a las autoridades competentes la adecuada señalización de las obras en las vías públicas y así minimizar este factor de riesgo para los ancianos, en su condición de peatones.

Incluir como visitas domiciliarias de la enfermera de atención primaria, las dirigidas a la prevención de caídas de ancianos en la comunidad partiendo de los resultados de la valoración funcional de las ABVD y priorizando los valorados con dependencia funcional moderada.

2. INTRODUCCIÓN

La OMS define las caídas como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad. Una caída es el resultado de la interacción entre factores de riesgo (enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio, etc.) y exposición a situaciones de riesgo. En la mayoría de los casos se trata de una inadaptación entre el anciano y su entorno, de origen multifactorial.

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en este sector de población, la gran morbilidad que originan y el alto riesgo de lesiones secundarias que ocasiona.

La tercera parte de las personas >65 años que viven en la comunidad sufrirán una caída en el plazo de 1 año, proporción que se eleva en los mayores de 75 años hasta el 40%, de los que el 60% volverá a caer en los siguientes 6 meses^{1, 2}. La mayoría de las caídas tienen consecuencias leves, aunque un 5% sufre fracturas y/o precisará hospitalización. También tiene consecuencias psicológicas, el denominado síndrome post-caída: pérdida de confianza para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, cambio de hábitos como la disminución de salidas fuera del domicilio, dependencia de un cuidador, depresión y ansiedad. Estas lesiones repercutirán pues, en la calidad de vida, especialmente del anciano pero también en la del cuidador³.

Por otra parte, aunque en nuestro país el coste económico total, tanto a corto como a largo plazo, asociado a las caídas es desconocido, en EE.UU., más del 6% del gasto sanitario de las personas de 65 años se debe a lesiones causadas por este mecanismo. En la búsqueda bibliográfica realizada se han encontrado numerosos estudios epidemiológicos coincidentes en la identificación de los factores de riesgo clínicos de caída, se han descrito más de 400 factores de riesgo^{4, 5} de acuerdo con su etiología

1._ Tinetti ME, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1998; 319: 1701-7.

2._ O'Loughlin G. Incidence of and risk for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. Am J Epidemiol. 1993; 137: 342-54.

3._ Martínez Sabater A, Milvaques Fans L. Caídas en el anciano. Enfermería Integra (Barc) 1997; 42: 19-231

4._ Lázaro del Nogas M. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Madrid: SEEG; 1997.

5._ Mendez J, Zanzunegui MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Med Clin (Bar) 1997; 108: 128-132.

multifactorial. De entre ellos señalar por su frecuencia y magnitud: factores intrínsecos (debilidad muscular de la cadera, equilibrio inestable, déficit visuales, enfermedades neurológicas, artrosis, antecedentes previos de caídas), factores extrínsecos (riesgos en el hogar y también fuera del hogar), fármacos (psicotropos y polifarmacia en general) ^{1, 3, 4, 5, 6}. Pero no se ha encontrado ninguna publicación que estudie las caídas en relación con la valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria del anciano no institucionalizado.

El *objetivo* principal de este estudio retrospectivo es estudiar, como factor de riesgo, en ancianos no institucionalizados, “el grado de dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria”

Además y aprovechando la presencia de estos datos en la Historia Clínica, parece interesante, establecer si la incidencia de las caídas, así como el lugar y lesiones resultantes de las mismas siguen el mismo patrón que en otros estudios.

También, aprovechando los últimos estudios sobre grados de evidencia científica, recopilar las actuaciones/intervenciones enfermeras con el suficiente nivel de evidencia, que las haga efectivas en la prevención de este tipo de accidentes.

⁶._ Vellas B, Faisan C, Lanques S, Sendehi M, Baungartner R. Estudio ICARE, investigación de la caída accidental. Estudio epidemiológico. Barcelona: Glosa;1996

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Diseño

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo

3.2. Población

La población objeto de estudio, han sido 104 personas mayores de 75 años incluidos en el “Programa del Anciano”.

Estos ancianos pertenecen a una consulta de enfermería del E.A.P. “Garrido Norte” de Salamanca y fueron seleccionados de forma aleatoria. Todos ellos son atendidos en consulta, es decir no están incluidos en el programa de inmovilizados.

3.3. Fuentes de información

En el año 2001, la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, dentro del Programa del Anciano, estableció, como actividad básica de la atención primaria, la detección, dentro de la población de mayores de 75 años, de “los ancianos de riesgo”.

La pertenencia a este grupo, hace así mismo necesario describir y cuantificar la capacidad de movilización y de realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Para este fin, se utiliza la escala de valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de Barthel (Figura A), incluida en la “Hoja de valoración del anciano”. Los datos, proceden de esta herramienta de trabajo, presente en todas las historias clínicas revisadas así como de la guía asistencial del anciano incluida en Medoracyl, (historia clínica electrónica de Atención Primaria del Sacyl), donde existe un apartado en el que se recogen las caídas. Los datos recogidos comprenden todo el año 2010.

3.4. Variables:

➤ Valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria: para esta variable se utilizó el Índice de Barthel (Figura A). La dependencia funcional se valora como:

* Totalmente dependiente < 20 puntos

* Dependencia Grave 20-35 puntos

* Moderada 40-55 puntos

* Leve $\geq 0 = 60$ puntos

* Totalmente independiente 100 puntos

➤ Caída: Si o No. Y a su vez los datos recogidos por cada caída son: lugar, sexo y lesiones resultantes.

Los datos obtenidos de ambas variables se expresaron de forma porcentual porque representan con más fuerza el peso de cada resultado.

Tanto para el tratamiento de datos como para la representación gráfica se utilizó el programa Microsoft Excel 2007.

4. RESULTADOS

Se revisaron 104 Historias Clínicas de personas mayores de 75 años incluidas en el Programa del Anciano.

➤ Caídas

Un total de 38 personas sufrieron al menos una caída durante el año 2010, es decir un 36,5% (Gráfico 1). Este resultado está en consonancia con la bibliografía consultada que establece un 33% para mayores de 65 años y hasta un 40% en mayores de 75 años no institucionalizados.

- ✓ Sexos: en cuanto a la distribución por *sexos* el 70% eran mujeres y el 30% hombres (Gráfico2).

- ✓ Lugar donde se produjeron las caídas

El entorno que mayor relación guarda con las caídas es el domicilio, aunque casi en la misma medida que la calle; 52,63% y 42,10% respectivamente, mientras que en recintos públicos sólo se produjeron el 5,27% (Gráfico 3). En otros estudios el domicilio aparece de forma más clara como el sitio donde más se producen las caídas

- ✓ Lesiones físicas resultantes

De los 38 ancianos que se cayeron, el 100% sufrieron algún tipo de lesión física, desde hematomas y erosiones a fracturas; estas últimas fueron el 15,78% de las lesiones. En la bibliografía consultada con datos a nivel estatal, las fracturas o ingresos suponen un 5% de las lesiones físicas.

De estas fracturas el 50% se produjo en el domicilio y el resto en la calle.

- ### ➤ Valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel) de las personas que han sufrido caídas (Gráfico 4- Tabla I)

- Dependencia funcional grave → 2,70% de los que se cayeron
- Dependencia funcional moderada → 70,27% de los que se cayeron
- Dependencia funcional leve → 23,68% de los que se cayeron
- Totalmente independientes → 2,70% de los que se cayeron.

➤ La Valoración funcional de las ABVD del total de los ancianos y la aparición o no de caídas (Gráfico 5)

- Dependencia funcional grave: 1,92% de los ancianos, de ellos -> 50% se cayeron y otro 50% no tuvieron caídas.
- Dependencia funcional moderada: 28,80%, de los cuales → 86,8% se cayeron y el 13,2% no se cayeron.
- Dependencia funcional leve: 36,53%, de estos → 23,68% presentó caídas y el 76,32% no las tuvo.
- Totalmente independientes: 32,69%, de los cuales → 3% tuvo caídas mientras que el 97% no se cayó

La dependencia funcional moderada para las actividades básicas de la vida diaria aparece como un factor de riesgo con peso específico propio. En nuestro trabajo, un 70,27% de los que se cayeron en el último año presentaban esta valoración.

Por si sola la dependencia moderada para las ABVD, acapara el mayor porcentaje de caídas ligadas al grado de dependencia, con un 86,8% de caídas.

Es decir, el análisis de la valoración funcional de las personas mayores que se cayeron, y el de la dependencia funcional del total de los 104 ancianos asociada al porcentaje de caídas dentro de cada categoría de dependencia; muestran la evidente relación entre el grado de dependencia funcional para las ABVD con las caídas y especialmente en aquellos mayores con dependencia funcional moderada.

Estos datos demuestran claramente que la dependencia funcional moderada constituye un importante factor de riesgo de caídas. No obstante, sería interesante realizar este estudio, con una muestra poblacional mucho más grande, perteneciente a diferentes áreas de salud, con la finalidad de confirmar estos resultados.

5. DISCUSIÓN

Los resultados del lugar donde se producen las caídas siguen mostrando el domicilio como el lugar más peligroso en relación con las caídas en mayores de 75 años, aunque no de una forma tan clara como en el resto de estudio.

Quizá este hecho se relacione con las numerosas obras de infraestructura urbanística (gas, agua, aceras, asfaltado de calles, etc.) realizadas en la zona de salud de Garrido Norte, lugar donde reside la muestra estudiada.

Parece interesante hacer llegar a las autoridades competentes la necesidad de señalar adecuadamente las obras para los peatones (especialmente en poblaciones envejecidas) de igual manera a como se realiza con los vehículos.

Esta medida seguiría las recomendaciones de la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención de la dependencia en personas mayores (Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007), que recomienda el fomento de *“políticas sociales globales que incidan en el entorno próximo –viviendas y accesos- , aceras amplias, semáforos con tiempo suficiente para cruzar las calles..., supresión de barreras, diseño de escaleras adecuadas que faciliten su uso, etc.; así como políticas de seguridad del entorno”*.

Si se asemejan a los datos del resto de estudios consultados, la incidencia, sexo y las lesiones resultantes de las caídas.

En Atención Primaria los programas de atención domiciliaria (pacientes inmovilizados y pacientes terminales) no están dirigidos a intervenir específicamente sobre las caídas ni se realizan en ancianos no inmovilizados.

Por otra parte la elevada incidencia de caídas relacionadas especialmente con el grado de dependencia funcional detectado, justifican priorizar, en la práctica asistencial diaria, una serie de actividades sistematizadas tanto con el anciano como con el cuidador principal, a realizar en consulta de enfermería y especialmente en el domicilio del anciano. Aprovechando los resultados de la valoración funcional de las ABVD, tan utilizada por las enfermeras, se debería establecer un programa de prevención basado en las evidencias científicas conocidas, así como incluir el resultado de esta valoración como instrumento para priorizar las visitas domiciliarias para la prevención de las caídas, especialmente en las dependencias moderadas. Se

lograría de esta manera no sólo una disminución en las caídas sino también una disminución o un retraso del síndrome de dependencia del anciano, con el consiguiente ahorro económico asociado.

Las intervenciones a realizar con el paciente y familia o cuidador son:

- El primer paso en la prevención de riesgos sería la correcta evaluación de los mismos. Valorar el entorno o ambiente en el que se desarrolla la vida del anciano^{7,8}.
- Intervención individualizada sobre los riesgos encontrados.
- Identificar junto con el paciente, la presencia de obstáculos en su domicilio.
Evidencias científicas que apoyan la intervención:

- La visita domiciliaria y la colocación de “dispositivos de apoyo” retrasa el declive del anciano (nivel de evidencia N-I / grado de recomendación GR-A)⁹
- Las modificaciones en el hogar tienen eficacia en la reducción de caídas, especialmente en los ancianos que vuelven a su domicilio tras un alta hospitalaria y en personas con antecedentes de caídas. El US Preventive Services Task Force¹⁰ recomienda aconsejar al anciano y sus cuidadores acerca de la adopción de medidas para reducir los riesgos en el hogar. La revisión Cochrane¹¹ concluye que la evaluación y la modificación de riesgos en el hogar recomendados profesionalmente para personas mayores es efectiva (3 ensayos clínicos; RR= 0,66; IC del 95%, 0,54-0,81).
- El US Preventive Task Force¹⁰ recomienda aconsejar al anciano y sus cuidadores acerca de la adopción de medidas para reducir dichos riesgos.
- Algunas de las indicaciones a realizar serían: iluminación (interruptores accesibles y bien distribuidos, luces orientativas nocturnas), suelos (evitar alfombras, suelos encerados y no caminar sobre suelo mojado),

⁷ _ Lázaro M, González A, PalacioA. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40: 54-63

⁸ _ Vidant MT, Velillas B, Montemayor T, Romer C, garry PJ, Ribera JM. Cuestionario de la OMS ara el estudio de las caídas del anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 41-42.

⁹ _ Baena JM et al. Actividades Preventivas en los Mayores. Aten Primaria. 2007; 39(supl 3):109-22

¹⁰ _ US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services 2nd ed Baltwore: Williams\$Wilkins; 1996

¹¹ _ Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in eldrly people. Cochrane Database Syst Rev 2003;(4): CD000340

cuarto de baño (asideros en ducha y wc, priorizar ducha a bañera ,uso de alfombrillas de goma en la bañera o ducha etc.), cocina (objetos de uso habitual al alcance de la mano para evitar el uso de escaleras o tener que agacharse, etc.), eliminar exceso de mobiliario (que impida el paso con andadores, muebles a bajo nivel y que no estén a la altura del campo visual, etc.)¹²

➤ Paliar en lo posible las deficiencias sensoriales y/o enseñar medidas de protección de acuerdo al déficit sensorial que presente: aconsejar la revisión oftalmológica sistemática e interrogar sobre déficits de audición. Evidencias científicas asociadas a la intervención:

- La evaluación y tratamiento de los problemas de visión son eficaces en la reducción de caídas (Cochrane RR= 0,73%; IC del 95%, 0,63-0,85).

➤ Valorar con el paciente/familia las actividades diarias que contribuyen a mantenerlo activo. El ejercicio físico es una medida eficaz por sí misma y es uno de los componentes más decisivos de los programas multifactoriales. Evidencias encontradas:

- La intervención enfermera dirigida a la recomendación / enseñanza de ejercicios de entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva, mejora la fuerza muscular de los ancianos y produce un efecto positivo en las limitaciones funcionales (nivel de evidencia N-I / Grado de recomendación GR-A). Si además se asocia un programa de paseos y ejercicios que mejoren el equilibrio, la reducción de caídas es del 14-27%¹³. La US Preventive Service Task Force¹⁰ y la OMS¹⁴ también recomiendan el ejercicio físico en la prevención de las caídas
- Aconsejar la práctica del Thai- Chi¹⁵, efectivo tanto en grupo como en práctica individual, porque mejora el equilibrio y la incidencia de caídas. La

¹² _ Moorhead S, Jonson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Edición. Madrid: Harcourt España; 2005

¹³ _ Tinetti ME: Preventing Falls in elderly persons N Engl J Med 2003; 348: 42-9

¹⁴ _ OMS - Europe. What are the main risk factors falls amongst older people and what are falls be implemented. March 2004. Health Evidence Network. Evidence for decision makers

¹⁵ _ Rubinstein LZ, Josephson R. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005; 40: 45-53

Registered Nurses's Association of Ontario (RNAO)¹⁶ indica el Thai-Chi como ejercicio adecuado, en esta línea se manifiesta también la revisión Cochrane¹¹.

➤ Revisión de la polifarmacia, acumulación de medicamentos, automedicación, mala adherencia al tratamiento.

- La US Preventive Service Task Force¹⁷ aconseja revisar la medicación en los ancianos, para prevenir las caídas. Por otra parte muchas RAM (reacciones adversas a medicamentos) en ancianos tienen una presentación clínica inespecífica en la que se incluyen las caídas como síntoma de las mismas.

La valoración de la dependencia para las ABVD, tan utilizada por las enfermeras de atención primaria mediante el índice de Barthel, podría utilizarse en la priorización de las visitas domiciliarias a realizar para la prevención de las caídas de ancianos en la comunidad, especialmente en aquellos con un grado de dependencia moderado.

Además, en los últimos tiempos varias revisiones bibliográficas y meta-análisis han permitido identificar aquellas actuaciones de enfermería con el suficiente grado de evidencia científica, para optimizar las actividades a realizar en estas visitas domiciliarias.

Se llevaría a cabo así, prevención primaria de la dependencia y también prevención secundaria (evitando un aumento repentino del grado de dependencia originado por las caídas); todo ello ligado al ahorro de recursos humanos y económicos

¹⁶ _ Registered Nurses Association of Ontario Nursaing Best Practic guideline Prevention of Falls and fall injures in the Older Adult. Revised march 2005

¹⁷ _ Services 2nd ed Baltimore: Williams \$ Wilkins; 1996. Disponible en <http://odphp.osopha.dhhs.gov/pubs/guidecps/defaulthtm>

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 1998; 319: 1701-7
2. O'Loughlin G. Incidence of and risk for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol*. 1993; 137: 342-54
3. Martínez Sabater A, Milvaques Fans L. Caídas en el anciano. "Enfermería Integral". Barcelona 2000.
4. Lázaro del Nogas M. "Evaluación del anciano con caídas de repetición". Ed SEGG. Madrid 1997.
5. Méndez J, Zanzunegui MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. "Medicina Clínica". Barcelona, 1997. 108: 128-132.
6. Vellas B, Faisan C, Lanques S, Sendehil M, Baungartner R. "Estudio ICARE, investigación de la caída accidental. Estudio epidemiológico" Ed Glosa. Barcelona 1996; 15-28.
7. Lázaro M, González A, Palacio A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40: 54-63.
8. Vidan MT, Vellas B, Montemayor T, Romer C, Garry PJ, Ribera JM. Cuestionario de la OMS para el estudio de las caídas en el anciano. *Rev Esp Geriátr Gerontol*. 1993; 28: 41-42.
9. Baena JM et al. Actividades Preventivas en los Mayores. *Aten Primaria*. 2007; 39(supl 3):109-22
10. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996
11. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (4): CD000340.
12. Moorhead S, Jonson M, Maas. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª Edición. Madrid: Harcourt España; 2005
13. Tinetti ME. Preventing Falls in elderly persons *N Engl J Med* 2003;348: 42-9
14. OMS-EUROPE. What are the main risk factors falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent this falls? How should

interventions to prevent falls be implemented. March 2004. Health Evidence Network. Evidence for decision makers

15. Rubinstein LZ, Josephsonk R: Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerotol. 2005; 40: 45-53
16. Registered Nurses Association of Ontario. Nursing Best Practice Guideline Prevention of Falls and fall Injuries in the Older Adult. Revised march 2005
17. Services 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. Disponible en <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/default.htm>

6. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

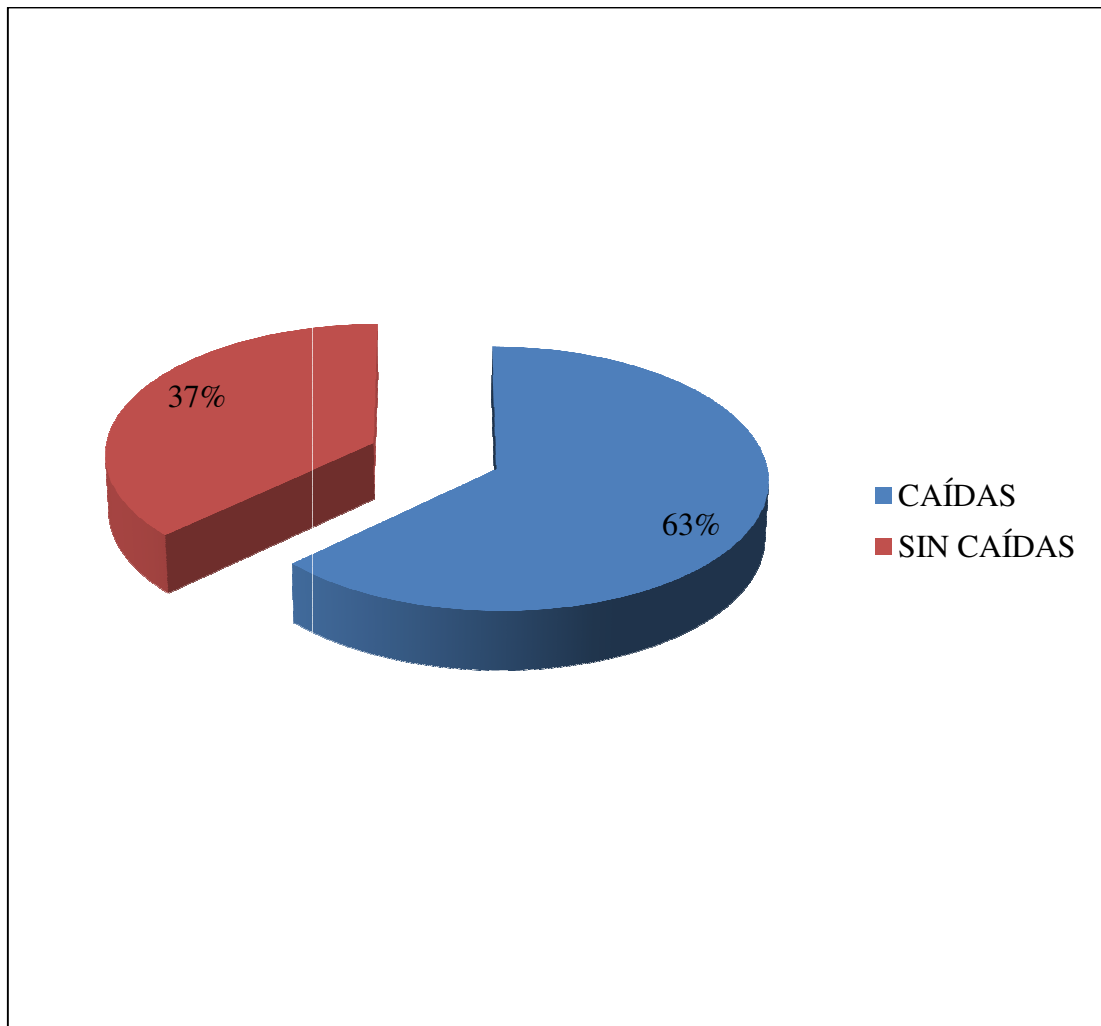


Gráfico 1: Incidencia de caídas

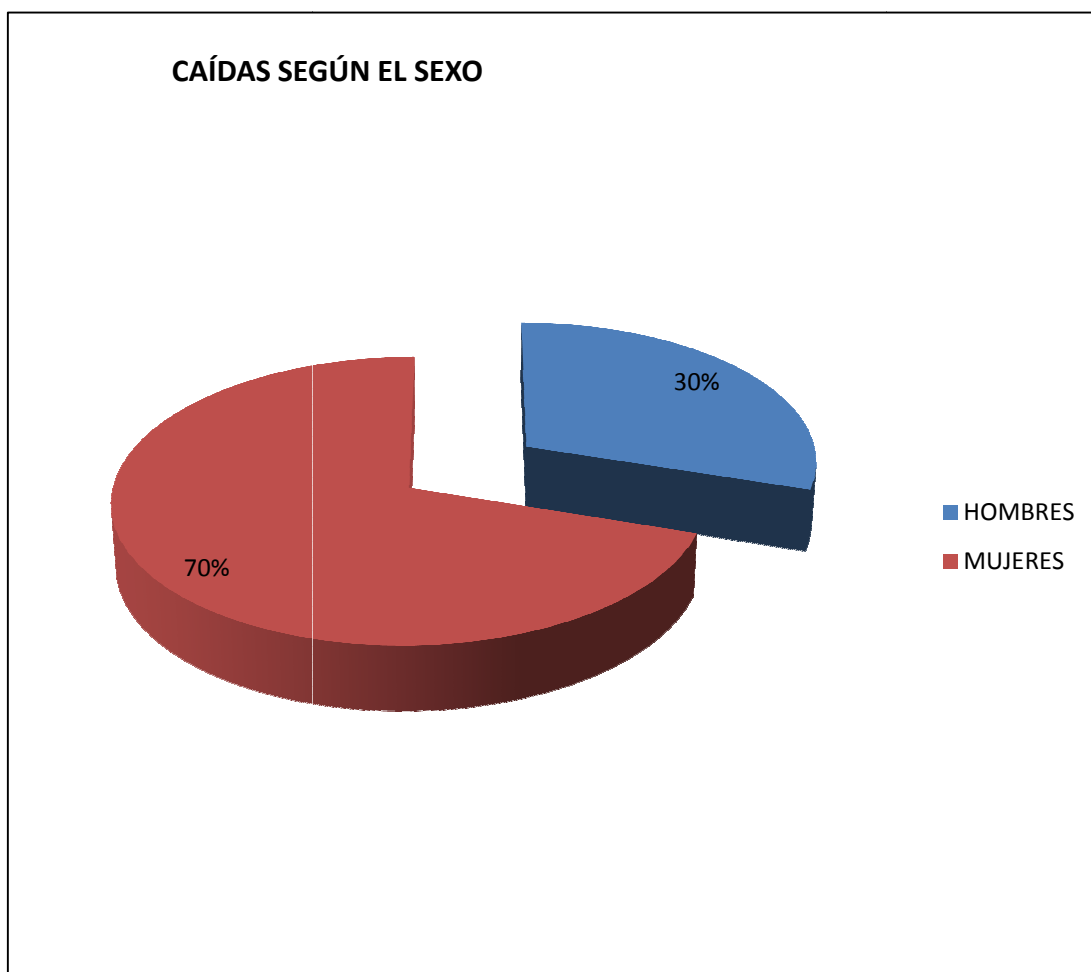


Gráfico 2: Distribución de caídas según el sexo

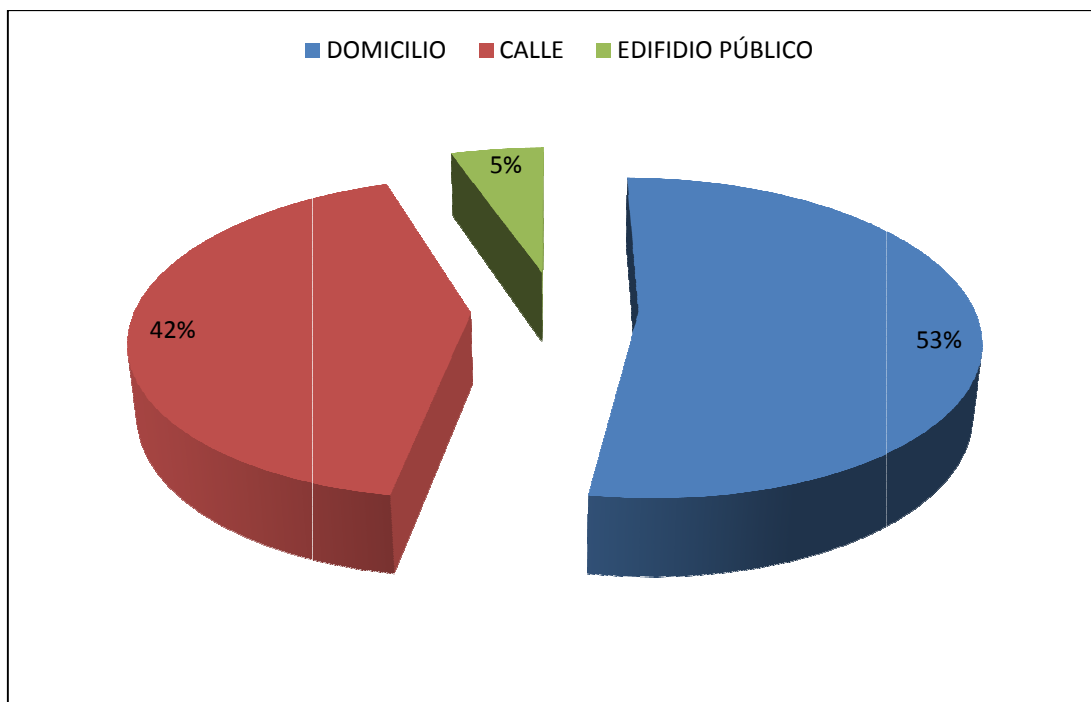


Gráfico 3: Lugar de las Caídas

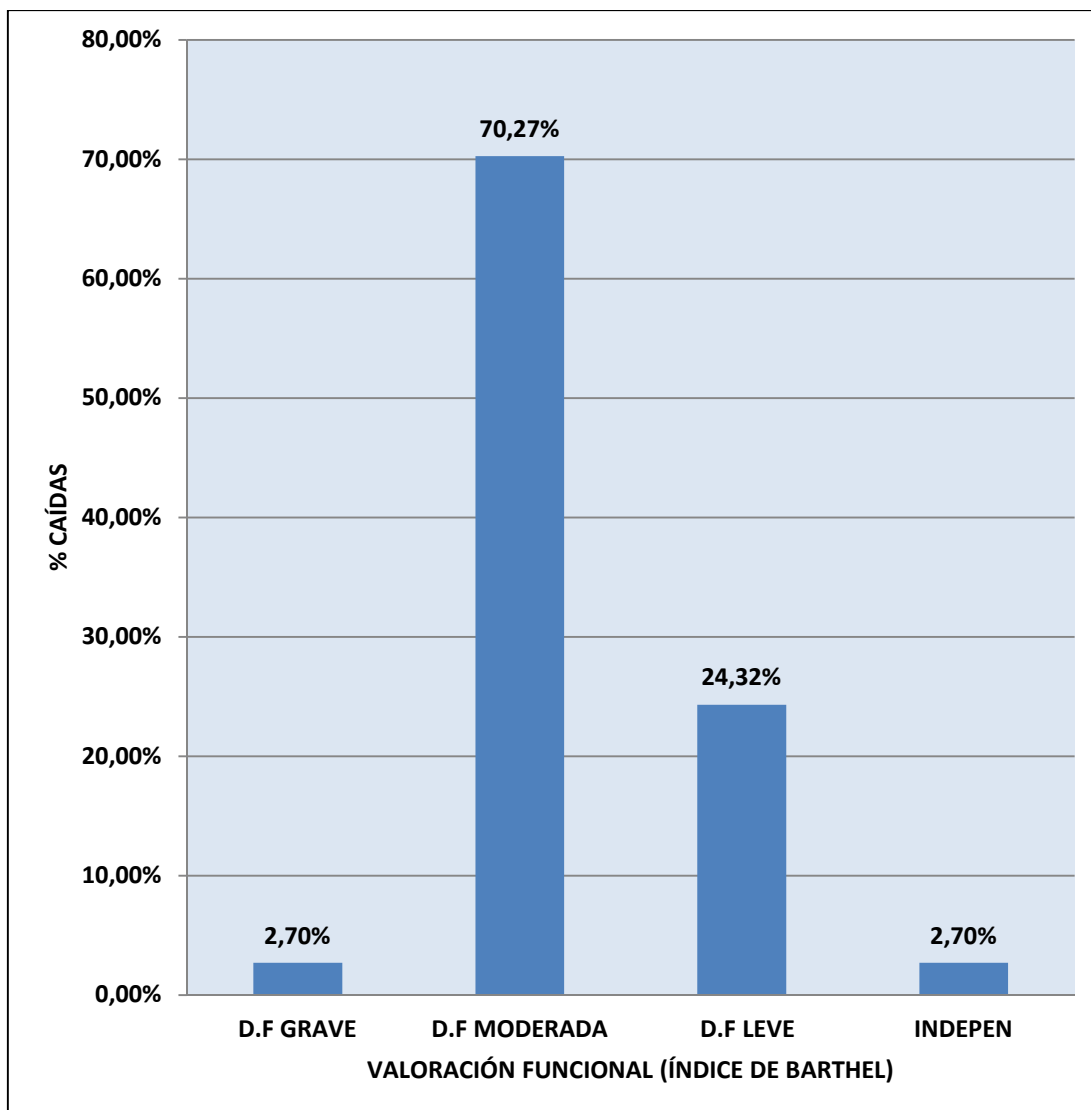


Gráfico 4: Valoración funcional para las ABVD de las personas que han sufrido caídas

VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS ABVD DE LAS PERSONAS QUE SUFRIERON ALGUNA CAÍDA EN EL AÑO 2010	
DEP. FUNCIONAL GRAVE	2,70%
DEP. FUNCIONAL MODERADA	70,27%
DEP. FUNCIONAL LEVE	24,32%
INDEPENDIENTE	2,70%

Tabla I: Valoración funcional para las ABVD de las personas que sufrieron alguna caída en el año 2010.

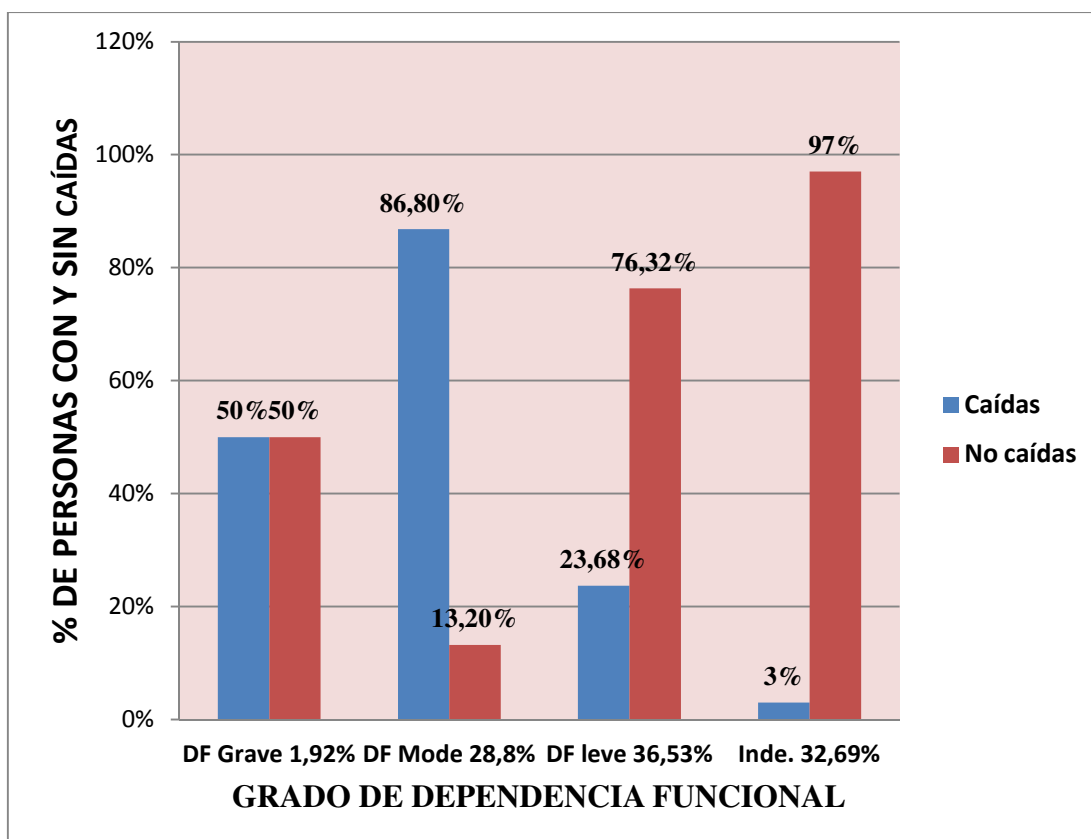


Gráfico 5: Valoración funcional para las ABVD en los ancianos y la aparición o no de caídas

ÍNDICE DE BARTHEL

Cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores está entre 0 y 10, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

Dependencia total <20 puntos

Dependencia grave 20-35 puntos

Dependencia moderada 40-55 puntos

Dependencia Leve > o = 60 puntos

Totalmente independiente 100 puntos

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar

	cualquier dispositivo por sí solo.
	(5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
	(0) Incontinente.
USAR EL RETRETE:	
	(10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
	(5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
	(0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.
TRASLADO AL SILLÓN/CAMA:	
	(15) Independiente. No precisa ayuda.
	(10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
	(5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	(0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN:	
	(15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
	(10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
	(5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
	(0) Dependiente.
SUBIR / BAJAR ESCALERAS:	
	(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
	(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
	(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Figura A: Índice de Barthel